

Trabajo Fin de Grado

“Atravesando el proceso de duelo”
Programa de educación para la salud dirigido
a mujeres que han sufrido un aborto
espontáneo.

"Going through the Grieving Process"
Health education program for women who have
suffered from a miscarriage.

Autora

Laura Bambó Pilarcés

Directora

Raquel Belio Samitier

Facultad de Ciencias de la Salud

Curso académico 2020-2021

ÍNDICE

1.	RESUMEN	2
2.	ABSTRACT	3
3.	INTRODUCCIÓN	4
4.	OBJETIVOS	9
	4.1. Objetivo principal	9
	4.2. Objetivos específicos	9
5.	METODOLOGÍA	10
	5.1. Búsqueda bibliográfica	10
6.	DIAGNÓSTICOS.....	13
	6.1. Diagnóstico, objetivos e intervenciones de la sesión 1.....	13
	6.2. Diagnóstico, objetivos e intervenciones de la sesión 2.....	14
	6.3. Diagnóstico, objetivos e intervenciones de la sesión 3.....	15
7.	PLANIFICACIÓN.....	16
	7.1. Análisis y priorización	16
	7.2. Captación y Población diana	16
	7.3. Redes de apoyo: Asociación Brisa de Mariposa.	17
	7.4. Recursos necesarios y presupuesto	17
	7.5. Cronograma	18
8.	EJECUCIÓN	19
	8.1. Tablas de las sesiones del Programa de Salud.....	19
9.	EVALUACIÓN	23
10.	CONCLUSIONES.....	24
11.	BIBLIOGRAFÍA.....	25
12.	ANEXOS.....	29

1. RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El aborto espontáneo se define como la interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable dentro del vientre materno, normalmente cuando pesa menos de 500 gramos. Es consecuencia de diversos factores. Las estadísticas reflejan que el 20% de las mujeres sufrirán un aborto espontáneo a lo largo de su vida. La edad materna avanzada aumenta el riesgo, a los 45 años es del 80%. Ante este proceso traumático es necesario un abordaje físico y psicológico por parte de los profesionales sanitarios para favorecer el avance en el proceso de duelo. El sufrimiento es amplio y frecuente, siendo fundamental el aporte de información, acompañamiento y cuidados durante las diferentes etapas del duelo.

OBJETIVO: Elaborar un programa de educación para la salud dirigido a las mujeres que han sufrido un aborto involuntario espontáneo y su proceso de duelo.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos con el fin de obtener información actualizada acerca del aborto espontáneo y de los efectos que este produce en la mujer. Asimismo, se ha elaborado un programa de salud para acompañar en el proceso de duelo, educando acerca del tema y dando las herramientas necesarias.

CONCLUSIONES: Es importante transmitir los conocimientos necesarios y acompañar a la mujer en este proceso; cubrir todos los ámbitos, desde lo físico hasta lo psicológico; y favorecer el avance en el proceso de duelo y la reorganización como consecuencia.

PALABRAS CLAVE: Aborto espontáneo, depresión postaborto, duelo perinatal, estrés postraumático.

2. ABSTRACT

INTRODUCTION; Miscarriage is defined as the termination of pregnancy when the fetus is not viable yet within the womb normally when it weighs less than 500 grams. It is the result of a variety of factors. Statistics show that 20% of women will have a miscarriage throughout their lives. Advanced maternal age increases the risk, at the age of 45 it is 80%. In light of this traumatic process, a physical and psychological approach are necessary by health professionals to commit grieving process successfully. Suffering is widespread and frequent. It is essential to provide information, accompaniment and care during the different stages of mourning.

OBJECTIVE: To developing a Health Education Program for women who have suffered a miscarriage and their grieving process.

METHODOLOGY: A bibliographic review has been accomplished in the main databases in order to obtain update information about the miscarriage and its effects on women. In addition, a health programme has been developed to accompany the grieving process, educating about the issue and providing the necessary tools.

CONCLUSIONS: It is important to transmit the necessary knowledge and to accompany women in this process; covering all the areas, from the physical to the psychological; and facilitating the advancement of the grieving process and the reorganization as a consequence.

KEY WORDS: Miscarriage, post-abortion depression, perinatal bereavement, post-traumatic stress disorder.

3. INTRODUCCIÓN

El aborto, según la OMS (Organización Mundial de la Salud) se define como "la interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable dentro del vientre materno". Además, la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) añade a la definición la viabilidad extrauterina del feto; "El aborto es la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto de menos de 500 gramos de peso (aproximadamente 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de gestación de cualquier peso o edad gestacional absolutamente no viable, independientemente de si hay o no evidencia de vida o si el aborto fue espontáneo o provocado." (1).

El aborto es un concepto que abarca una gran variedad de casos. El aborto puede ser resultado de un embarazo que presenta signos y síntomas anómalos, tales como la pérdida de sangre uterina o el desprendimiento del embrión. A su vez, pueden darse abortos como consecuencia de una infección (Aborto séptico) (2). En términos generales, podríamos añadir que el aborto puede ser espontáneo, proceso involuntario, o inducido/provocado, proceso voluntario (3).

Las estadísticas reflejan que aproximadamente entre el 15 y 20% de las gestaciones clínicas terminan en aborto. El 20% de los embarazos confirmados sufrirán un aborto espontáneo (4).

La edad materna aumenta el riesgo, entre los 20 y 30 años es de entre 9 y 17%; mientras que a los 45 años es del 80%. En más del 50% de los casos de abortos espontáneos se puede identificar una o más anomalías cromosómicas (4).

El aborto resultado de un proceso involuntario genera conflicto a nivel biológico, psicológico y social. El cuerpo de la mujer sufre una gran cantidad de cambios tanto hormonales, como físicos y psicológicos (5).

El aborto espontáneo, resultado de consecuencias naturales del organismo, inicia normalmente con una hemorragia vaginal sin dilatación cervical ni cambios en el cuello uterino. Identificado este síntoma nos encontraríamos ante una amenaza de aborto (5).

Cuando el cuello uterino comienza a dilatarse, estamos al comienzo del embarazo y aparece la hemorragia vaginal, lo más probable es que el aborto sea inevitable (5).

Por otro lado, el aborto además de la hemorragia vaginal y de la dilatación del cuello uterino va acompañado de la expulsión de los productos de la concepción (placenta, líquido y tejido embrionario). Esta expulsión puede ser completa o incompleta. En esta última, la paciente puede experimentar dolor cólico intenso y una hemorragia vaginal cuantiosa y puede requerir oxitocina para facilitar la salida de los productos de la concepción que continúan en el interior. La técnica más adecuada para confirmar la expulsión correcta es la realización de una ecografía (5).

Existen diversas pruebas que se realizan ante estos síntomas como, por ejemplo, un hemograma completo que refleje si la paciente puede necesitar una transfusión de sangre debido a la hemorragia; el análisis de las concentraciones de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (beta-hCG) que confirmen el embarazo y ayuden a descartar causas de la hemorragia; un análisis de orina para descartar una posible infección urinaria. El control del dolor durante este proceso de pruebas es un aspecto del cuidado enfermero muy importante (5).

De acuerdo con la necesidad del paciente se realizan diversos tratamientos. A nivel físico, se puede precisar un tratamiento quirúrgico o farmacológico, pero en todos los casos se debe auxiliar con un tratamiento psicológico (6).

El tratamiento quirúrgico abarca la aspiración manual endouterina (AMEU) y el legrado uterino instrumental (LUI). En el tratamiento uno de los fármacos utilizados es el misoprostol, evitando la cirugía y la anestesia. A continuación, se muestra una tabla comparativa (Anexo 1) (7)(8).

El enfermero en este proceso es la cara más cercana al paciente y junto con el médico deben informar, dando las explicaciones necesarias (9)(10).

Motivo por el cual es de suma importancia desempeñar un rol de amparo, cuidado y protección de los afectados, atendiendo al paciente no únicamente desde lo profesional y técnico sino ampliando nuestras competencias desde una perspectiva biopsicosocial, según el deseo del paciente (9)(10).

Así mismo, la aportación de la información adecuada tras el aborto, tanto verbal como escrita, puede llegar a ser muy trascendente para la mujer. Se necesita un servicio, teléfono o una persona de contacto para cualquier emergencia o duda (11).

El asesoramiento psicológico en el momento del aborto espontáneo y/o recurrente ha demostrado, después de un año, mejorar la angustia y depresión en casos específicos y ofrecer mayor bienestar en la paciente. (12)

Un estudio longitudinal prospectivo investigó la prevalencia de estrés postraumático (TEPT) consecuencia a la pérdida del embarazo. Los resultados indican que las mujeres, así como sus parejas, se encuentran en elevado riesgo de desarrollar estrés postraumático y depresión, principalmente durante los primeros meses tras la pérdida (13)(14).

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) se define como "la aparición de síntomas propios a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, en el cual la persona vivencia hechos que pueden poner en peligro su propia vida o cualquier otra amenaza a su integridad física" (15).

Como consecuencia se presentan síntomas, como la experimentación persistente del suceso, la evitación de los estímulos asociados y el embotamiento de la capacidad de reacción del individuo (15).

Existen diversas escalas que pueden determinar el nivel de TEPT, una de ellas es la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (GS-TEPT), permitiendo identificar la gravedad del paciente según el tiempo transcurrido de presentación de síntomas. Consta de 17 ítems basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV (16)(17).

Otra escala muy utilizada es la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) (Anexo 2) (18). Un estudio demuestra que la mayoría de las pacientes que experimentan un aborto sufren de depresión y/o ansiedad postaborto (19).

Otro estudio confirma, tras la entrevista a 80 mujeres víctimas de un aborto espontáneo, el padecimiento de un período de angustia mental intenso a los 10 días y seis meses después de la interrupción del embarazo. Posteriormente, van mostrando una mejora significativa. Existen claras diferencias con mujeres sometidas a un aborto inducido voluntario, cuyo sufrimiento se alarga en el tiempo (20).

Asimismo, existen un conjunto de fases que a largo plazo pueden suceder. Primeramente, aparece una fase de embotamiento, normalmente en las primeras horas y semanas que desemboca en una aflicción y ansiedad intensa manifestada de diversas formas. Posteriormente, se manifiesta un anhelo y una búsqueda de la figura perdida, que puede durar varios meses y con frecuencia años.

A continuación, se presenta una fase de desorganización y desesperación. Y, por último, se da lugar a una fase de reorganización, en mayor o menor grado (21).

Estas fases son las cuatro fases del duelo definidas por Bowlby. Tras un aborto espontáneo y, por lo tanto, totalmente involuntario, la mujer se encuentra ante una situación de desesperación donde los lazos afectivos generados se ven gravemente afectados. Es muy importante que el profesional enfermero sea formado para ayudar a afrontar estas situaciones en cada una de las fases del duelo (22).

El impacto de la pérdida puede generar aturdimiento y embotamiento en la mujer por lo que lo más adecuado es comenzar un proceso de acompañamiento, brindarle la confianza para que exprese sus sentimientos, ofrecer amplia información, dándole opción a que le ponga un nombre y pueda despedirse de él. Esto facilitará el proceso del duelo (22).

En las siguientes etapas del duelo, la repercusión de la figura del enfermero sigue siendo de gran trascendencia para la mujer, aportando información sobre los aspectos psicológicos y físicos que pueden experimentar (22).

Este seguimiento puede marcar la vida de la paciente y su red de apoyo, facilitar el duelo, ayudar a afrontar el estrés postraumático y prevenir o disminuir problemas de salud posteriores.

El programa de Salud desarrollado a continuación busca cubrir esta necesidad y dar herramientas de afrontamiento a mujeres que pasan por esta situación.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo principal

OBJETIVO PRINCIPAL

Desarrollar un programa de salud dirigido a mujeres que han sufrido un aborto involuntario espontáneo y su proceso de duelo.

4.2. Objetivos específicos

- Transmitir conocimientos sobre el duelo y el trastorno de estrés postraumático, permitiendo identificar en qué etapa se encuentran.
- Educar sobre los cambios que sufre el cuerpo de la mujer tras el aborto espontáneo y su proceso de duelo tanto a nivel físico como psicológico.
- Trabajar en el avance del proceso del duelo, enseñando a exteriorizar el sufrimiento y aportando dinámicas que permitan el progreso.

5. METODOLOGÍA

5.1. Búsqueda bibliográfica

En la elaboración de este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica a través de dos bases de datos. Primeramente, en la base de datos de PubMed, la búsqueda se delimitó a revisiones bibliográficas desde 2013 hasta 2020.

Los criterios de inclusión empleados en la base de datos ScieELO fueron que el año de publicación fuese de 2012 en adelante. Con respecto al idioma, se seleccionaron el inglés y el español.

Tabla 1. Metodología de búsqueda en bases de datos.

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE	OPERADORES BOOLEANOS	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
PubMed	Depresión Postaborto Abortion Method	AND	76	10	3
ScieELO	Aborto espontáneo Duelo perinatal Estrés Postraumático	AND OR	50	8	4

Fuente: elaboración propia.

Debido a la gran cantidad de información encontrada, se acotaron las palabras clave, como aborto espontáneo, estrés postraumático, duelo perinatal, etcétera, con la finalidad de darle importancia a los artículos seleccionados.

En esta búsqueda se usaron unos descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) o sus equivalentes en versión anglosajona (MeSH): Depresión Postaborto (Depression Post Abort), Aborto espontáneo (Miscarriage), Anomalías cromosómicas en abortos espontáneos (Chromosomal abnormalities in spontaneous abortions) y Duelo Perinatal (Perinatal grief). En la unión de estos descriptores se utilizó el operador booleano AND y OR.

Además, se consultaron otras fuentes (portales virtuales, libros, herramientas virtuales y documentos) con el objetivo de recopilar más información para la redacción del trabajo.

Tabla 2. Otras fuentes.

PORTALES VIRTUALES	<ul style="list-style-type: none"> • Organización Mundial de la Salud (OMS). • Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). • Manual MSD. Versión para profesionales. • Programa educación sexual. Universidad de Chile. • The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study.
LIBROS	<ul style="list-style-type: none"> • Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida. John Bowlby.
HERRAMIENTAS VIRTUALES	<ul style="list-style-type: none"> • NNNconsult.

Fuente: elaboración propia.

La herramienta NNNconsult se utilizó para encontrar la información necesaria para desarrollar las sesiones del programa de salud con sus correspondientes objetivos, taxonomía NANDA, las clasificaciones de resultados (NOC) e intervenciones de enfermería (NIC).

El Programa de Salud constará de un período de captación inicial, seguido de tres sesiones formativas y una última sesión opcional. Las redes de apoyo proporcionaran amplios recursos e información para permitir el avance en el proceso de duelo ante un aborto espontáneo involuntario.

6. DIAGNÓSTICOS

6.1. Diagnóstico, objetivos e intervenciones de la sesión 1.

Tabla 3: Diagnósticos, objetivos e intervenciones. Sesión 1.

Conocimientos deficientes r/c información insuficiente m/p confusión en el proceso
NOC → [1836] Conocimiento: manejo de la depresión → [1855] Conocimiento: estilo de vida saludable → [1843] Conocimiento: manejo del dolor
NIC → [5250] Apoyo en la toma de decisiones → [5240] Asesoramiento → [5604] Enseñanza: grupo → 5510] Educación para la salud

Fuente: elaboración propia.

6.2. Diagnóstico, objetivos e intervenciones de la sesión 2.

Tabla 4: Diagnósticos, objetivos e intervenciones. Sesión 2.

Mantenimiento ineficaz de la salud r/c proceso de duelo complicado m/p ausencia de conductas adaptativas a los cambios del entorno
NOC <ul style="list-style-type: none">→ [1632] Conducta de cumplimiento: actividad prescrita→ [2006] Estado de salud personal→ [1305] Modificación psicosocial: cambio de vida
NIC <ul style="list-style-type: none">→ [5606] Enseñanza: individual→ [5510] Educación para la salud→ [1800] Ayuda con el autocuidado→ [226] Terapia de ejercicios: control muscular

Fuente: elaboración propia.

6.3. Diagnóstico, objetivos e intervenciones de la sesión 3.

Tabla 5: Diagnósticos, objetivos e intervenciones. Sesión 3.

Dificultad de avance en r/c sentimiento de soledad m/p aislamiento individual
NOC → [1402] Autocontrol de la ansiedad → [1409] Autocontrol de la depresión → [1204] Equilibrio emocional
NIC → [1503] Implicación social → [1305] Modificación psicosocial: cambio de vida → [5240] Asesoramiento → [1309] Resiliencia personal

Fuente: elaboración propia.

7. PLANIFICACIÓN

7.1. Análisis y priorización

El aborto es definido por la OMS como "la interrupción del embarazo cuando el feto es inviable dentro del vientre materno." Las razones de este suceso son muy diversas. Es necesario resaltar que un aborto espontáneo es involuntario y, por lo tanto, supone un suceso traumático para la paciente. La edad materna aumenta el riesgo, siendo del 80% en embarazos con más de 45 años. Por este motivo, el programa de salud irá dirigido a mujeres de entre 45 y 50 años.

Ante un suceso traumático, un buen acompañamiento psicológico, una información adecuada y un cuidado en el proceso del duelo son la clave para progresar. El programa de salud planteado a continuación cubre este acontecimiento con el objetivo de guiar a la madre a la fase de reorganización.

7.2. Captación y Población diana

La captación será ejecutada a través de la colaboración de la matrona del centro de Salud de Bombarda. El contacto con la población diana será mediante la búsqueda en el programa OMI y la comunicación de la enfermera especialista con sus pacientes.

Principalmente, el programa de salud va enfocado a mujeres de 45 a 50 años pertenecientes al centro de salud Bombarda, que han sufrido un aborto espontáneo y desean una atención enfermera. Con la posibilidad de realizarlo con un acompañante.

7.3. Redes de apoyo: Asociación Brisa de Mariposa.

Durante el programa de salud contaremos con una psicóloga especializada en la pérdida perinatal que nos acompañará en cada una de las actividades que vamos a desarrollar, así como con una enfermera Matrona.

La asociación Brisa de Mariposa de Zaragoza también formará parte de nuestras redes de apoyo, liderando nuestra tercera actividad en el programa de salud. Ayudará a dar un apoyo muy cercano a las familias, así como consejos específicos. A su vez, darán la oportunidad de un seguimiento a largo plazo para aquellas mujeres que lo deseen.

7.4. Recursos necesarios y presupuesto

Tabla 6: Recursos necesarios.

RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIALES	RECURSOS TECNOLÓGICOS
Enfermera de Atención Primaria	Aula amplia Sillas Folios	Una pantalla Un proyector
Psicóloga especializada en la pérdida perinatal	Fotocopias Bolígrafos Carteles y folletos informativos	
Enfermera Matrona	Escalas Encuesta	
Asociación Brisa de Mariposa de Zaragoza		

Fuente: elaboración propia.

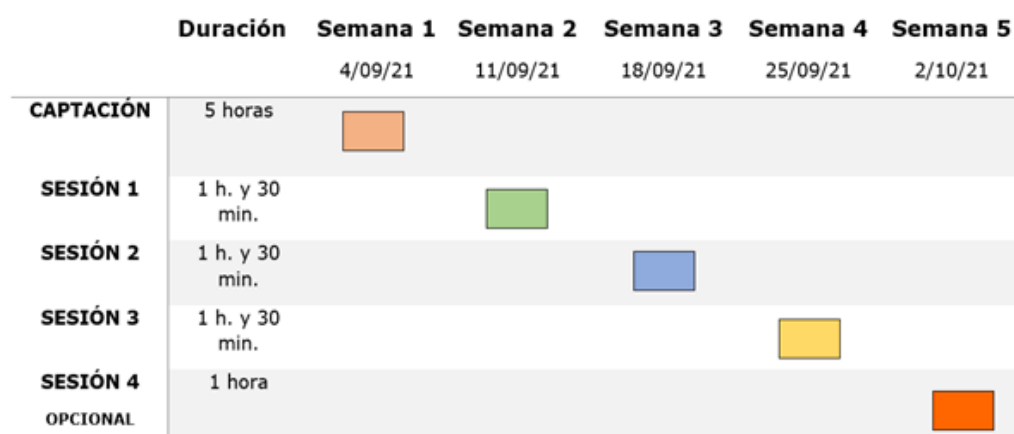
Para realizar dichas sesiones se necesitarán recursos físicos y materiales. Principalmente, se precisará un aula amplia que permita la asistencia de todas las mujeres que requieran participar en el programa de salud junto con su acompañante.

Los recursos materiales tales como la pantalla, el proyector para explicar la información, las fotocopias, los bolígrafos y una prueba de evaluación al inicio y al final del programa son muy importantes para el desarrollo del programa.

Se distribuirán carteles y folletos informativos por los centros de salud correspondientes aportando información sobre el programa y las futuras sesiones que se impartirán.

Los recursos humanos y los recursos tecnológicos serán facilitados por el centro de salud mientras que los materiales necesarios serán cubiertos con un presupuesto de 100 euros.

7.5. Cronograma



Fuente: elaboración propia.

8. EJECUCIÓN

El programa de salud va dirigido a mujeres que han sufrido un aborto involuntario espontáneo. Por ello, se llevarán a cabo diversas sesiones que informarán a la paciente y su correspondiente acompañante a cómo afrontar este suceso. El programa de salud tiene la duración de un mes. Se realizará una sesión por semana y la última semana será opcional en caso de que las mujeres deseen una atención más personalizada con la asociación Brisa de Mariposa.

Este programa de salud busca favorecer que se puedan desarrollar estas dos vías: por un lado, atender la parte intraindividual de cada participante, atendiendo a su mundo interno; por otro lado, favorecer la parte relacional, la de interrelación y la de humanidad compartida.

8.1. Tablas explicativas de las sesiones del Programa de Salud.

Cada sesión del programa de salud está desarrollada en una tabla donde se explican las diferentes partes en las que se dividen, sus dinámicas, recursos y tiempo correspondiente.

Tabla 7. Desarrollo de la SESIÓN 1	TÍTULO: CONOCER NUESTRO PROCESO.		
CONTENIDO	TÉCNICA DIDÁCTICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>PRIMERA PARTE</p> <p>El programa de salud será presentado de manera general por la enfermera directora del proyecto. Exponer los títulos, contenidos de cada sesión y fecha de realización.</p>	<p>→ Presentación explicativa de la organización del programa de salud.</p>	<p>Folios Fotocopias Bolígrafos Proyector</p>	<p>15 min.</p>
<p>SEGUNDA PARTE</p> <p>Posteriormente, una psicóloga especialista en la pérdida perinatal dará una charla introductoria, explicando qué es el duelo, las cuatro fases de duelo definidas por Bowlby y qué es el Trastorno de Estrés postraumático.</p> <p>Esta parte de la sesión permitirá adoptar un mínimo de conocimientos para poder continuar con el programa de salud y tener una base teórica fundamental sobre la que trabajar.</p>	<p>→ Desarrollo teórico expuesto mediante power point.</p> <p>→ Folletos con contenido explicativo.</p>	<p>Folios Fotocopias Bolígrafos Proyector Folletos</p>	<p>45 min.</p>
<p>TERCERA PARTE</p> <p>Finalmente, se llevará acabo la dinámica “Elaborando el camino del duelo”. Se procederá a hacer un camino con las sillas y cada participante, uno por uno, se colocará en la parte del camino donde se siente hoy en día. De principio a fin según su proceso de duelo.</p> <p>La enfermera junto con la psicóloga guiará a las participantes en la expresión de sus sentimientos de manera que puedan manifestar verbalmente qué sienten, qué necesitan, qué les ayuda, qué les hace daño, en qué fase creen que se encuentran, etc.</p> <p>Tras la presentación, se les entregarán dos folios con dos escalas, la escala de HADS y la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (GS-TEPT).</p> <p>De esta manera, los profesionales obtendremos información acerca del nivel de ansiedad y estrés postraumático presente en cada participante, partiendo de los conocimientos adquiridos tras la sesión.</p>	<p>→ Dinámica grupal.</p> <p>→ Preguntas guiadas por los profesionales.</p> <p>→ Reflexión personal por parte de la participante.</p> <p>→ Entrega de la Escala de HADS y la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (GS-TEPT) para completar.</p>	<p>Aula Sillas</p> <p>Escala de HADS Inicial</p> <p>Escala de GS-TEPT Inicial</p>	<p>30 min.</p>

Fuente: elaboración propia.

Tabla 8. Desarrollo de la SESIÓN 2		TÍTULO: CONOCER NUESTROS CAMBIOS.		
CONTENIDO		TÉCNICA DIDÁCTICA	RECURSOS	TIEMPO
PRIMERA PARTE Primeramente, la enfermera explicará el desarrollo de la sesión, durante la cual se desarrollarán diferentes cambios que sufre el cuerpo de la mujer tras el aborto espontáneo. Estos aspectos serán divididos en cambios físicos y psicológicos.		→ Presentación explicativa de la segunda sesión.	Folios Fotocopias Bolígrafos Proyector	10 min.
SEGUNDA PARTE Los cambios físicos y posibles situaciones que puedan presentarse tras un aborto serán nombrados en colaboración con la matrona. Ante la identificación de cualquiera de estos síntomas se derivarán las participantes a su médico correspondiente para su seguimiento. Se explicará que estos síntomas, en caso de que ocurran, se dan en las primeras semanas tras el aborto. A su vez, se expondrán diversas circunstancias y se darán consejos para el cuidado personal.		→ Desarrollo teórico mediante power point. → Tabla explicativa de posibles síntomas físicos, consejos y situaciones. (Anexo 3).	Folios Fotocopias Tablas explicativas impresas Bolígrafos Proyector Folletos	50 min.
TERCERA PARTE A continuación, la psicóloga explicará los síntomas que abarcan la esfera psicológica, los cuales pueden extenderse en el tiempo. Tras su exposición, se aconsejará buscar un apoyo externo. La red de apoyo, poder hablar de la pérdida y buscar la manera de aceptarla es muy importante para llegar a la etapa de reorganización. Es un proceso donde las emociones negativas no deben evitarse. Puede ser muy útil referirse al bebé perdido por su nombre e incluso despedirse de él de manera presencial. En los últimos 10 minutos, la enfermera realizará la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson. Consiste en contraer determinados grupos musculares, concentrarse en las sensaciones que esta contracción conlleva y posteriormente, relajar/distender esos mismos músculos enfocándose en las diferentes sensaciones, mientras se respira profundamente. De esta manera, se aportará un recurso útil en episodios de ansiedad.		→ Tabla explicativa de posibles síntomas psicológicos (Anexo 4). → Aprendizaje de técnica de relajación.	Folios Fotocopias Tablas explicativas impresas Bolis Proyector Folletos	30 min.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 9. Desarrollo de la SESIÓN 3		TÍTULO: TRABAJAR EN NUESTRO PROGRESO.		
CONTENIDO		TÉCNICA DIDÁCTICA	RECURSOS	TIEMPO
PRIMERA PARTE En esta primera parte, todas las participantes se dispondrán en un círculo y cada una de ellas hablará acerca de cómo lleva el proceso, qué sentimientos está experimentando durante estas sesiones. Buscando así que las mujeres sientan una mayor comprensión y pueda disminuir el sentimiento de soledad y aislamiento individual.		→ Dinámica grupal. → Exposición personal.	Aula Sillas	40 min.
SEGUNDA PARTE Posteriormente, se propondrá la realización de una caja de recuerdos. Estas cajas pueden ser decoradas al gusto de cada madre y en su interior podrán contener diversos objetos tales como: la prueba de embarazo, las fotos de las ecografías, el arrullo, juguetes, fotografías del embarazo, etc. Estas cajas representan una forma de guardar los recuerdos más importantes, dándole nombre y significado al bebé que ha sido perdido. Esto ayudará en gran manera al avance en el proceso del duelo. En esta sesión estará colaborando la Asociación Brisa de Mariposa, que se dedica exclusivamente a atender a las parejas ante estas situaciones de pérdida.		→ Caja de recuerdos. → Dinámica personal.	Caja Rotuladores Folios Bolis Proyector	35 min.
TERCERA PARTE Al finalizar la sesión, se presentará la opción de continuar con el seguimiento de las mujeres de manera individual para seguir el trabajo realizado. A su vez, se dará un tiempo de preguntas para poder resolver las dudas y posteriormente, se entregará una nueva escala de HADS, una nueva escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (GS-TEPT) para poder evaluar el progreso de cada participante y la encuesta de satisfacción.		→ Entrega de la Escala de HADS final. → Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (GS-TEPT) final. → Encuesta de satisfacción.	Escala de HADS Final. Escala de GS-TEPT final. Encuesta de satisfacción	15 min.

Fuente: elaboración propia.

9. EVALUACIÓN

El método para evaluar los conocimientos adquiridos será evaluado mediante dos escalas, la escala de HADS y la escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático. De esta manera, nos permitirá determinar si los niveles de ansiedad y de estrés postraumático han disminuido tras el programa de salud. Se entregará en la primera y en la última sesión para observar la mejora y/o no.

Así mismo, se entregará una encuesta de satisfacción, relacionada con la organización, recursos utilizados, información y herramientas aportadas, evaluando así el programa de salud. Será voluntaria y existirá la posibilidad de aportar sugerencias o posibles mejoras para tener en cuenta en próximos programas de salud (Anexo 5).

10. CONCLUSIONES

Después de llevar a cabo una revisión bibliográfica actualizada del tema y tras la exposición del programa de salud, se pueden concluir diferentes aspectos:

La realización de este programa de educación para la salud intentará cubrir la ausencia de conocimiento acerca del aborto espontáneo en las mujeres participantes. La educación para la salud es la clave para el avance en un proceso de duelo, conociendo qué está pasando en el cuerpo, en la mente y cómo afrontarlo.

Una enfermera por definición tiene el deber de cuidar del enfermo de manera biopsicosocial. Con la ayuda de las redes de apoyo, se transmitirán cuidados no solo físicos, sino también psicológicos.

Principalmente, se trabajaría el proceso del duelo y se ayudaría a las mujeres a atravesarlo mano a mano con los profesionales sanitarios formados en el tema.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolos asistenciales en Obstetricia. Aborto espontáneo. [Internet]. SEGO. 2010. [cited 2 May 2021]. Available from: <https://blog.utp.edu.co/maternoinfantil/files/2012/04/Aborto-espontaneo-1-trimestre.pdf>.
2. Bernal Gonzalez R. El aborto. La bioética como principio de vida. TFG Enfermería. [Internet]. Repositorio.unican.es. 2013 [cited 2 May 2021]. Available from: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/3939/BernalGonzalezR.pdf>.
3. Clasificación del aborto - Programa de Educación Sexual [Internet]. Educacionsexual.uchile.cl. 2017 [cited 2 May 2021]. Available from: <http://educacionsexual.uchile.cl/index.php/hablando-de-sexo/aborto-mitos-y-realidades/clasificacion-del-aborto>
4. Mora-Alferez A, Paredes D, Rodríguez O, Quispe E, Chavesta F, de Zighelboim E et al. Anomalías cromosómicas en abortos espontáneos [Internet]. Scielo.org.pe. 2016 [cited 2 May 2021]. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000200002
5. L. White H, A. Bouvier D. Cuidado de la paciente con aborto espontáneo. [Internet]. Cuestiones Sanitarias. 2006 [cited 2 May 2021]. Available from: <http://file:///C:/Users/Asus/Downloads/S0212538206711384.pdf>
6. Guía de Referencia Rápida Diagnóstico y Tratamiento del Aborto Espontáneo y Manejo Inicial de Aborto Recurrente [Internet]. [cited 2 May 2021]. Available from: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/088GRR.pdf>

7. Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica (GPC): Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Dirección Nacional de Normatización, [Internet]. 1ª Edición, Quito, Ecuador. 2013 [cited 2 May 2021]. Available from: Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GPC%20Aborto%20espont%C3%A1neo,%20incompleto,%20diferido%20y%20retenido.pdf>
8. G Stubblefield P, Carr-Ellis S, Borgatta L. Methods for induced abortion [Internet]. PubMed.gov. 2004 [cited 2 May 2021]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15229018/>
9. Izzedin R, de Durán B. Aborto espontáneo. Miscarriage. [Internet]. Scielo.org.pe. 2012 [cited 2 May 2021]. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272012000100007&script=sci_arttext
10. Valenzuela M, Bernalles M, Jaña P. Duelo perinatal: Perspectivas de los Profesionales de la Salud. [Internet]. Scielo.org.pe. 2020 [cited 2 May 2021]. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000300281&lang=es
11. The Care of Women Requesting Induced Abortion: Summary Evidence-based Clinical Guideline Number 7 [Internet]. Rcof.org.uk. 2011 [cited 2 May 2021]. Available from: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/abortion_guideline_summary.pdf
12. León W, González-Andrade F, Yépez E, Aguinaga G, Jijón-Letort A, Raza X. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido. Guía de Práctica Clínica. [Internet]. Tbinetnet.ohchr.org. 2013 [cited 2 May 2021]. Available from: https://tbinetnet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ECU/INT_CEDAW_ARL_ECU_18979_S.pdf

13. Engelhard I, van den Hout M, Arntz A. Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. [Internet]. PubMed.gov. 2001 [cited 2 May 2021]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11313072/>
14. Farren J, Mitchell-Jones N, Y Verbakel J, Timmerman D, Jalmbrant M, Bourne T. The psychological impact of early pregnancy loss. [Internet]. PubMed.gov. 2018 [cited 2 May 2021]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30204882/>
15. Bados A. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO [Internet]. Diposit.ub.edu. 2015 [cited 2 May 2021]. Available from: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65623/1/TEPT.pdf>
16. Crespo, María, & Gómez, Ma Mar. La Evaluación del Estrés Postraumático: Presentación de la Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP). [Internet]. Scielo.org.pe. 2012 [cited 2 May 2021]. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742012000100002
17. Cardoso-Escamilla M., Zavala-Bonachea M., Alva-López C. Depresión y estrés postraumático en mujeres con pérdidas gestacionales inducidas e involuntarias. [Internet]. Scielo.org.pe. 2017 [cited 2 May 2021]. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612017000200009&lang=es
18. De Las Cuevas Castresana C, Garcia-Estrada Perez A, De la JLGDERC de P. "Hospital Anxiety and Depression Scale" y Psicopatología Afectiva [Internet]. Psicoter.es. 1995. [cited 2 May 2021]. Available from: http://psicoter.es/pdf/95_A138_03.pdf
19. Vega Pdria. "Depresión y ansiedad en pacientes con pérdida gestacional menor a 20 semanas con y sin terapia de reproducción asistida" [Internet]. Uanl.mx. [cited 2 May 2021]. Available from: <http://eprints.uanl.mx/17428/1/TESIS%20DR.%20IVAN%20ALEJANDRO%20TORRES%20VEGA.pdf>

20. Broen AN, Moum T, Bødtker AS, Ekeberg O. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. [Internet]. BMC Med. 2005 [cited 2 May 2021]. Available from: <https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-3-18>

21. Vínculos Afectivos Formación desarrollo y perdida. [Internet]. Cloudfront.net. [cited 2 May 2021]. Available from: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/52142590/.pdf?1489454671=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DVinculos_Afectivos_Formacion_desarrollo.pdf&Expires=1613678958&Signature=J9bf3hZxLWVwCumhBIqRd5CQCuX7VhluQgI9z44tMRj5BAJvS~9gx7ibv9Ps7Lzn138W7TAiV3o3pihvJUOjuN~qRmiVrEh9ModXgOLaVAhgMDzHbX3YzIKwDpw-kHUQwrRalklphCcUP1i1zRuI2B8DfH1iMuS5C4OJPhxSDQ8Fv3bXwKQ9btf4oQP6GQ-jBZr7kgmzxvpRjWPmDa3kiQ3DDs9syozGUNbXLP3phAwYexTE8E-7qU5bGO1y1uyRLaN8A16rJje4ulqTmYmKxUeYgTyVCIPQFdhkyM0eSHXN4RuSYB89grZQ~bGFpbWb~W5OougpaYHGLr2ODg__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

22. Rengel Díaz Cristóbal. Plan de cuidados de enfermería para la pérdida perinatal. [Internet]. 2010. [cited 2 May 2021]. Available from: <http://www.index-f.com/edocente/91pdf/91-037.pdf>

12. ANEXOS

Anexo 1. Ilustración 1: Comparación entre la alternativa farmacológica versus la alternativa quirúrgica.

	Misoprostol	AMEU (<12 semanas) LUI (>12 semanas)
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> - se puede evitar la cirugía y la anestesia - más natural, similar a la menstruación - las mujeres tienen mayor control; se involucran más - fácil de administrar no se requiere internar a las pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> - más rápido - controlado por el proveedor - participación limitada de las mujeres - AMEU es mucho más económico
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> - sangrado, cólicos y efectos secundarios (reales o temidos) - la espera, la incertidumbre 	<ul style="list-style-type: none"> - invasivo - bajo riesgo de lesión uterina o cervical - bajo riesgo de infección - pérdida de privacidad y de autonomía

Fuente: Documento GPC Aborto espontáneo, incompleto, diferido y retenido. (Bibliografía número 7).

Anexo 2. Ilustración 2: Escala de HADS.

ANEXO III

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

El siguiente cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a saber cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y marque la que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:
 3) Casi todo el día ☐ 2) Gran parte del día ☐ 1) De vez en cuando ☐ 0) Nunca ☐

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:
 0) Ciertamente igual que antes ☐ 1) No tanto como antes ☐ 2) Solamente un poco ☐ 3) Ya no disfruto con nada ☐

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:
 3) Si, y muy intenso ☐ 2) Si, pero no muy intenso ☐ 1) Si, pero no me preocupa ☐ 0) No siento nada de eso ☐

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:
 0) Igual que siempre ☐ 1) Actualmente algo menos ☐ 2) Actualmente mucho menos ☐ 3) Actualmente en absoluto ☐

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:
 3) Casi todo el día ☐ 2) Gran parte del día ☐ 1) De vez en cuando ☐ 0) Nunca ☐

D.3. Me siento alegre:
 0) Nunca ☐ 1) Muy pocas veces ☐ 2) En algunas ocasiones ☐ 3) Gran parte del día ☐

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a, tranquilo/a y relajado/a:
 0) Siempre ☐ 1) A menudo ☐ 2) A veces ☐ 3) Nunca ☐

D.4. Me siento lento/a y torpe:
 3) Gran parte del día ☐ 2) A menudo ☐ 1) A veces ☐ 0) Nunca ☐

A.5. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:
 0) Nunca ☐ 1) Sólo en algunas ocasiones ☐ 2) A menudo ☐ 3) Muy a menudo ☐

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:
 3) Completamente ☐ 2) No me cuido como debería hacerlo ☐ 1) Es posible que no me cuido como debiera ☐ 0) Me cuido como siempre lo he hecho ☐

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:
 3) Realmente mucho ☐ 2) Bastante ☐ 1) No mucho ☐ 0) En absoluto ☐

D.6. Espero las cosas con ilusión:
 0) Como siempre ☐ 1) Algo menos que antes ☐ 2) Mucho menos que antes ☐ 3) En absoluto ☐

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:
 3) Muy a menudo ☐ 2) Con cierta frecuencia ☐ 1) Raramente ☐ 0) Nunca ☐

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:
 0) A menudo ☐ 1) Algunas veces ☐ 2) Pocas veces ☐ 3) Casi nunca ☐

Puntuación HAD-A: 1) <7 ☐ 2) 8-10 ☐ 3) >11 ☐ **Puntuación HAD-D:** 1) <7 ☐ 2) 8-10 ☐ 3) >11 ☐

Fuente: Colegio de enfermería de Cantabria.

Anexo 3. Ilustración 3. Tabla explicativa de posibles síntomas físicos, situaciones y consejos a seguir.

TABLA EXPLICATIVA DE POSIBLES SÍNTOMAS FÍSICOS	
→	Evitar insertar cualquier cosa en la vagina dentro de las siguientes 2 a 3 semanas después de un aborto, evitando cualquier infección.
→	Informar de que usualmente toma de 4 a 6 semanas para que regresen los ciclos menstruales normales, después de un aborto temprano.
→	La ovulación puede regresar desde el primer ciclo posterior a un aborto, por lo que es posible volverse a embarazar de inmediato, incluso antes de que regrese la menstruación
→	Es normal que tu primer par de periodos menstruales sean ligeramente irregulares después de un aborto (48-50). Es necesario el seguimiento y mantener un registro de sangrado y síntomas.
→	Prevenir y acudir a emergencias si hay Fiebre que dura más de 24 horas.
→	Sangrado abundante que no se detiene, o empapar más de 2 toallas sanitarias por hora, por 2 horas (o más) seguidas.
→	Empeoramiento del dolor abdominal en los días posteriores al aborto.
→	Continuar con síntomas de embarazo después de 2-4 semanas.
→	No presentar menstruación después de 8 semanas.
→	Descarga vaginal con mal olor.
→	Sangrado mínimo o nada de sangrado en un aborto medicado, además de continuar con síntomas de embarazo (42,48,51,52).

Fuente: elaboración propia.

Anexo 4. Ilustración 4. Tabla explicativa de posibles síntomas psicológicos.

**TABLA EXPLICATIVA DE POSIBLES SÍNTOMAS
PSICOLÓGICOS**

- Negación o incredulidad.
- Confusión.
- Oscilaciones en el estado de ánimo.
- Tristeza y sensación de vacío.
- Enfado o rabia.
- Falta de energía.
- Irritabilidad.
- Miedos (a no recuperarse nunca de la pérdida, a no poder reproducirse, a problemas familiares...).
- Sentimientos de incapacidad y afectación de la autoestima.
- Desconexión de los propios sentimientos.
- Aislamiento social.
- Falta de lívido o disfunciones sexuales.
- Miedo a la muerte (tanofobia).
- Insomnio o pesadillas recurrentes.
- Evitación de todo lo relacionado con bebés o, todo lo contrario, obsesión.
- Problemas de pareja (modelos de afrontamiento diferentes a la pérdida, falta de intimidad, problemas de comunicación...).

Fuente: elaboración propia.

Anexo 5. Ilustración 5. Encuesta de satisfacción.

Gracias por haber participado en este Programa de educación para la Salud. En previsión de continuar con este proyecto deseamos conocer su opinión para poder mejorar y cambiar lo que sea necesario. Marque con una X la respuesta que elija:

	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
El programa es útil y se corresponde con las expectativas que tenía del mismo				
La información proporcionada durante las sesiones es adecuada y se ajusta a las necesidades de los participantes				
La información y dinámicas aportadas creo que me puede ser de utilidad durante el proceso del duelo.				
La duración de las sesiones es adecuada				
El material y los recursos son han sido suficientes				
Los profesionales sanitarios están cualificados sobre el tema a tratar.				
Los profesionales sanitarios presentan una actitud de cercanía que favorece la comunicación y la escucha activa.				

Sugerencias:

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

Fuente: elaboración propia.

